

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Declaration de Maladie

N° W19-473468

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4654 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMAL EL ARABE LAHSEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626 397326 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>												
			Fin d'exécution <input type="text"/>												

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0060992	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0060992

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4651	
Nom & Prénom		Tamel EL APAS Col	
Fonction	Phones	06 26 39 73 26	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 02/09/19	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B 58	102,72		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature et
cachet du
medecin

Signature et
cachet du
Pharmacien

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية
 LABORATOIRE BENJELLOUN
 109, Bd. Mohammed VI, Casablanca
 Tél : 06000 50240 - 0522.39.32.84/53
 Fax : 0522.39.33.65

CACHET

Dr Najib BENJELLOUN

–Médecin Biologiste–
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

FACTURE N° : 1909022033

Date : 02-09-2019 

Mme NAJAT ABDDAIMI EP JAMAL EL ARAB

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	TP sous AVK (INR)	B40	B

Total des B : 58

Montant total: : 102.72 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent deux dirhams soixante-douze centimes.

مختبر بنجلون للحالات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour
Tél : 06000 33 44 - 33 22 39 32 84/53
Fax : 05 22 39 33 65



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية

Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

**Mme ABDDAIMI EP JAMAL EL ARAB
NAJAT**

Date de naissance: 23-05-1969

Dossier N° : 1909022033



Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

DR SARA HAJIB YAQINI

Date de l'examen: 02-09-2019

HEMOSTASE Automate Satellite (STAGO)

Médicament prescrit

Posologie

(Sous réserve des informations fournies)

Sintrom

1^{er} jour 1 Comprimé

2^{ème} jour 3/4 Comprimé

INR cible patient

3

29-03-2019

Temps de Quick Malade

40,5 sec.

35,0

Taux de Prothrombine

(Technique chronométrique)

19 %

23

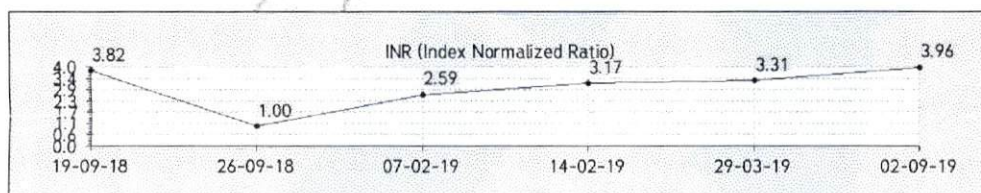
INR (Index Normalized Ratio)

3,96

3,31

INDICATIONS CLINIQUES	INR
Préventions primaire et secondaire des thromboses veineuses, Chirurgie à haut risque thrombotique, Traitement secondaire des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires, Prophylaxie des embolies systémiques, prothèse cardiaque tissulaire, valvulopathie, infarctus du myocarde, Fibrillation auriculaire, valve aortique	2_3
Prothèse valvulaire mécanique (haut risque)	2,5_3,5 (aux USA)
Thrombose associée à des anti phospholipides	3_4,5 (en Europe)

N.B. Le risque hémorragique est majoré lorsque l'INR est supérieur à 5



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06000 503 40 / 0622 32 32 84 / 53
Fax : 0622 32 32 65

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax: 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS: 6441662 IF: 51102718 PATENTE: 34823087 ICE: 001686316000007 INP: 93001360

